

DEPARTAMENTO DE SALUD DE PUERTO RICO

DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

Hoja de reporte de casos sospechosos de

Encefalitis/Meningitis Aséptica

Vigilancia Virus del Nilo Occidental



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de Salud

ID NUMBER

--	--	--	--	--	--

FAVOR COMPLETAR EN LENTRA DE MOLDE (LEGIBLE)	Fecha notificación: Mes: _____ Día: _____, Año: _____
---	--

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombre: _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ en años/meses/semanas
mes día año

Género: Masculino Femenino Embarazada: No Sí Lactando: No Sí

Dirección física: Urb. o Barrio _____ Calle: _____ Número: _____ Pueblo: _____ Zip-Code: _____	Tel. casa: (____) - _____ - _____ Tel. trabajo: (____) - _____ - _____ Persona contacto: _____ Tel. contacto: (____) - _____ - _____
--	---

2. INFORMACIÓN CLÍNICA

Diagnóstico actual: <input type="checkbox"/> Encefalitis <input type="checkbox"/> Meningitis Aséptica <input type="checkbox"/> Otro: (especifique) _____	¿Hospitalizado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nombre del hospital: _____ Número de record médico: _____ Fecha admisión: ____/____/____ Fecha alta: ____/____/____ <small>mes día año mes día año</small>
---	--

Fecha del primer síntoma ____/____/____ (REQUERIDA PARA PROCESAR LAS MUESTRAS)
mes día año

¿Padece alguno de los siguientes síntomas?

Fiebre ($\geq 38^{\circ}C$ ó $100^{\circ}F$): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor de articulaciones: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Possible convulsión: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Debilidad muscular: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Temblores: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor muscular: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor de cabeza: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estado mental alterado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parálisis flácida aguda: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Erupción (Rash): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cuello rígido/Signos meníngeos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Coma: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Otros signos neurológicos: _____
 Estatus: Recuperado Enfermo todavía Murió (Fecha: ____/____/____)
mes día año

3. INFORMACIÓN SOBRE FACTORES DE RIESGO (1 mes antes del comienzo de los síntomas)

(¡Esta información **Tiene** que ser completada!)

- ¿Ha viajado fuera de la isla? Sí No No sabe
 Dónde: _____ Cuándo: _____
- ¿Ha recibido transfusión de sangre o sus productos? Sí No No sabe
 Dónde: _____ Cuándo: _____
- ¿Ha recibido un transplante de órgano? Sí No No sabe
 Dónde: _____ Cuándo: _____
- ¿Ha recibido alguna mordida de un animal? Sí No No sabe
 Tipo de animal: _____ Cuándo: _____

4. RESULTADO DE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO Y RADIOLÓGICAS

¿Se obtuvo el CSF? <input type="checkbox"/> Sí Fecha: ____/____/____ <input type="checkbox"/> No Glucosa _____ Neutrófilo _____ % Proteína _____ Lymph _____ % RBC _____ Gram stain _____ WBC _____ Cultivo bacteria _____ Examen de hongos/parásitos _____	WBC: _____ Diff. Neutrófilo: _____ % Bandas: _____ % Lymph: _____ %	Otros: _____ Fecha: _____ Resultado: _____ <input type="checkbox"/> CBC ____/____/____ <input type="checkbox"/> MRI ____/____/____ <input type="checkbox"/> CT ____/____/____ <input type="checkbox"/> Suero ____/____/____
---	--	---

5. ESPECIMENES SOMETIDOS A EXAMEN

1^{ra} Muestra: CSF ó Suero **Fecha de colección:** ____/____/____
 2^{da} Muestra: CSF ó Suero **Fecha de colección:** ____/____/____

6. CONTROL DE INFECCIONES / ENFERMERA EPIDEMIÓLOGA

Nombre y Apellidos: _____ Título: _____
 Dirección Postal del trabajo: _____
 Tel. trabajo: (____) - _____ x Fax: (____) - _____

Envíe esta hoja y las muestras a: CDC-Dengue Branch, 1324 Calle Cañada, San Juan, PR 00920-3860
 Si necesita asistencia llame al CDC Dengue Branch (787) 706-2399 o a la División de Epidemiología (787) 274-6831